



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfaca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada

Cel: 3174378962 - Tel: (032) 8206860

E-mail: ips@comfaca.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 88.325

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
10 DÍA	01 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)	
Ciudad			EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES POPAYAN SALUD OCUPACIONAL			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
RAMOS GALINDO VEILIS			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	42 AÑOS 7 MESES 17 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	Número
Carga				
TRABAJADOR SOCIAL				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO				
Observaciones: SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO				
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : PAUSAS ACTIVAS CADA 2 A 3 HORAS		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		CAPACITACIÓN : EN SST		HACER DEPORTE
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
TRABAJADOR PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO *** SE RECOMIENDA SEGUIR ESQUEMA DE VACUNAS COVID 19 SEGUN SE REQUIERA NIEGA ACCIDENTES O ENFERMEDAD DE PRESUNTO ORIGEN LABORAL				
—EN CASO DE SINTOMAS RESPIRATORIOS O CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD PANDEMICA INFORMAR OPORTUNAMENTE				
RECOMENDACIONES PARA TRABAJADOR SE DEBE REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAMENTE ANTES Y DURANTE EL TRABAJO EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA, SE DEBE UTILIZAR EPP SIEMPRE QUESEA NECESARIO , SE EDUCA EN HÁBITOS SALUDABLES , DEBE HACER DEPORTE 4 VECES POR SEMANA , Y TENER UNA DIETA SALUDABLE RICA EN FRUTA VERDURAS BAJA EN GRASA Y AZUCARES.				
PARA LA EMPRESA, PROPICIAR UN BUEN AMBIENTE LABORAL , VIGILAR Y EDUCAR EN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CAPACITAR SOBRE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES , EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DE ESTAS DEBE INFORMAR DE MANERA OPORTUNA A SU ARL , CAPACITAR EN TELETRABAJO EN CASO DE REQUERIRLO // ACATAR MEDIDAS DISPUESTAS PARA MANEJO DE LA PANDEMIA				
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				

Médico

Md. Ricardo Garzon Lopez
Esp. Salud Ocupacional
Res. 10980 - Reg. 66509

Firma: _____

Nombre: GARZON LOPEZ RICARDO

R. M.: 66509

L.S.O.:



Código de Seguridad
Z670F1L88325

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: RAMOS GALINDO VEILIS

CC: 4669268



I. INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: 20 de feb Empresa: PARTICULARES Ciudad: Popayán - Cauca
 Nombres y Apellidos: Veilis Ramas Galindo Edad: 43 años
 No. Cédula: 4669268 Sexo: Masculino Cargo: Instructor - Sena

II. TIPO DE EVALUACIÓN

De Ingreso: ☒ De Control: ☐ De Egreso: ☐

III. HISTORIA AUDIOMETRICA

Familiares con pérdida auditiva: ☒ Si ☒ No Parentesco: _____
 Exposición a explosiones: ☒ Si ☒ No Tipo de explosión: _____
 ingestión de medicamentos que producen ototoxicidad: ☒ Si ☒ No Cuál? _____

Cirugías:

☐ Oídos ☐ Cabeza
☐ Garganta ☐ Otra
☐ Nariz

Enfermedades:

☐ Diabetes ☐ Sarampión ☐ Otitis Media ☐ Otra
☐ Rubeola ☐ Varicela ☐ Parálisis facial
☐ Paperas ☐ Parotiditis ☐ Tuberculosis
☐ Golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento

Cual? _____

Actividades Extralaborales:

Actividad Moto Servicio Militar Caza/tiro Música con audífonos
 Tiempo de exposición — — — —

VI. INFORMACIÓN LABORAL

Niveles de Presión sonora (NPS) _____ Trabaja expuesto a ruido: ☒ Si ☒ No Antigüedad: _____

Protección Auditiva Actual:

☐ Espuma ☐ Orejeras
☐ Silicona ☐ Plástico
☐ Otra ☐ Ninguna

Usa protección auditiva:

☐ Siempre ☐ Ocasional ☐ Nunca

Por que? _____

Ha laborado en otras empresas Con exposición al ruido:

☒ Si ☒ No

Empresa: _____

Tiempo de exposición: _____

Utilizaba protección auditiva: ☒ Si ☒ No

Tipo de protección: _____

Tiempo total de exposición al ruido: _____

V. INFORMACIÓN AUDIOLOGICA

Audiometrías anteriores:

☒ No

Hace cuanto?

Resultado:

☒ Normal

☐ Alterado

Presento problemas auditivos:

☐ Si ☒ No

Especifique:

Síntomas actuales:

☐ Tinnitus

☐ Vértigo

☐ Prurito

☐ Otitis

☐ Supuración

☐ Mareo

Disminución auditiva:

☐ Súbita

☐ Progresiva

☐ Hace cuánto:

VI. OTOSCOPIA

Oído derecho:

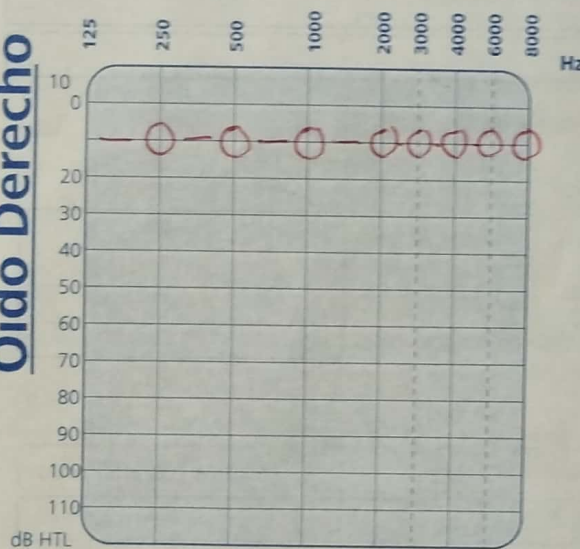
Normal

Oído izquierdo:

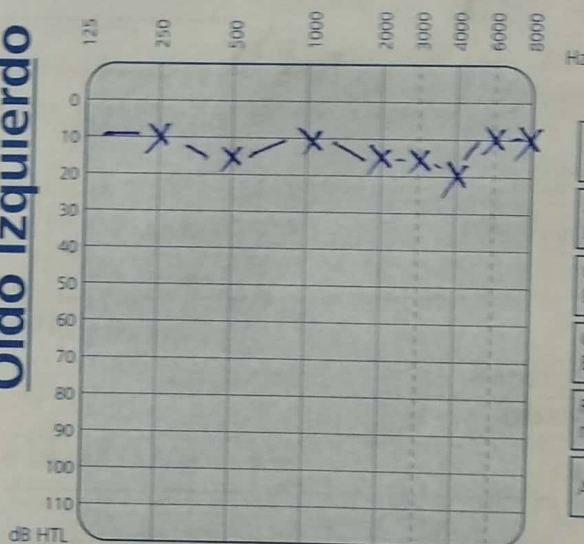
Normal

VII. AUDIOGRAMA

Oído Derecho



Oído Izquierdo



	OD	OI
Aérea	☐	☒
Aérea Enmascarada	☐	☐
Osea	☐	☐
Osea Enmascarada	☐	☐
Responde mejor o igual V.O.	☐	☐
Acufenometría	☐	☐

VIII. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Sensibilidad auditiva periférica normal bilateral

Observaciones:

✓ Control auditivo en 1 año

☒ Control en un año

☐ Revisar N.P.S par uso de protección

☐ Remisión a Otorrinolaringología

☐ Control en 6 meses

☐ Dotar de protección auditiva

☐ Realizar audiometría confirmatoria con reposo auditivo en 12 horas

☐ Continuar uso de protección

☐ Aplicar gotas

Firma Y C.C. del Trabajador

Firma y Registro del Fonoaudiólogo

Carolina Castillo G.
Fonoaudióloga
Reg. Nat. 05713

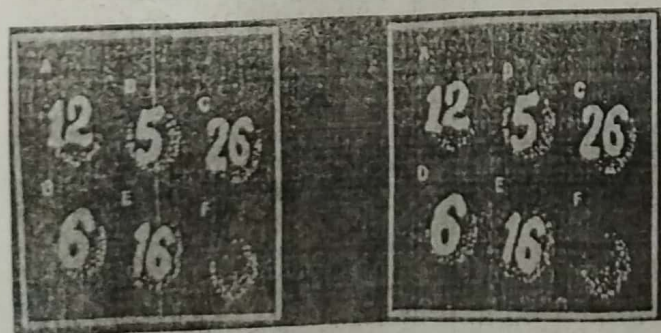
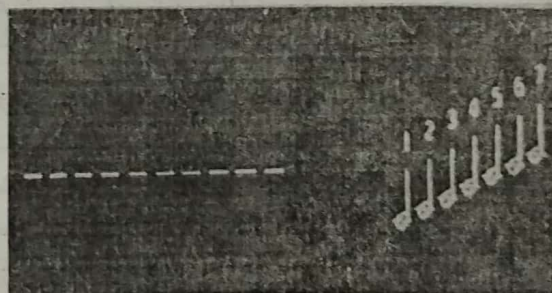
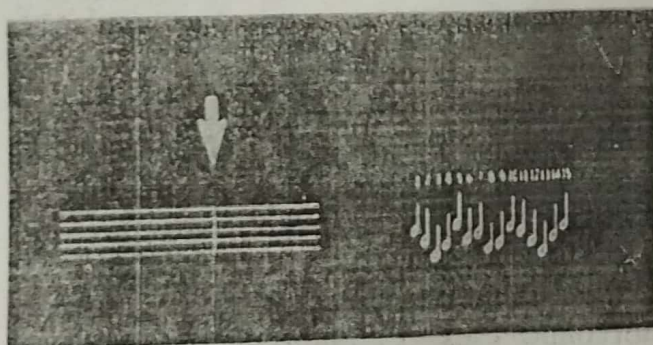
NOMBRE : Velis Ramos Galindo
CEDULA : 4 669 268
EDAD : 43 años
OCUPACIÓN : Contratista
EMPRESA : particular
QUE PATOLOGIAS VISUALES PRESENTA: Miopía ☐ Hipermetropía ☐ Astigmatismo ☐ otra ☐

MASCULINO ☒ FEMENINO ☐
FECHA 20-2-2024
UTILIZA GAFAS SI ☐ NO ☒
LENTES DE CONTACTO: SI ☐ NO ☒
ULTIMO CONTROL OPTOMETRIA 3 años

TEST DE MEDICION

PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	SVC	NRK	HZO	20/100
2	RNZH	DOKV	CSZN	20/70
3	CKVD	SNZR	DOHC	20/50
4	VHRN	ODSK	NZCS	20/40
5	HSKRC	NZDOV	ZSHNK	20/30
6	ZONVR	HCSKD	VKCDs	20/20

PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL				
	OJO IZQUIERDO	AMBOS OJOS	OJO DERECHO	
1	ZN	RO	HK	20/200
2	RKS	HNC	ZOD	20/100
3	HCDV	SKZO	RNDS	20/70
4	ZROD	NSCH	VZKN	20/50
5	KHSC	OZNR	DNVC	20/40
6	ONRZV	DKHCS	KDSON	20/30
7	SDCHN	VRZKO	HSNRD	20/20



PUNTAJES PERIMETRALES				
OJO	TEMPORAL			NASAL
	85°	70°	55°	45°
Derecho	✓	✓	✓	✓
Izquierdo	✓	✓	✓	✓

PRUEBA #1 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA			
RESULTADO: OJO DERECHO	20/ 30	OJO IZQUIERDO	20/ 30
AMBOS OJOS			
20/ 30			
VISION PROXIMA			
RESULTADO: OJO DERECHO	20/ 30	OJO IZQUIERDO	20/ 30
AMBOS OJOS			
20/ 30			

PRUEBA # 2 AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA			
RESULTADO: OJO DERECHO	20/ 30	OJO IZQUIERDO	20/ 30
AMBOS OJOS			
20/ 30			
VISION PROXIMA			
RESULTADO: OJO DERECHO	20/ 30	OJO IZQUIERDO	20/ 30
AMBOS OJOS			
20/ 30			

PRUEBA # 3 HORIZONTAL (es una desviación latente de Los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia del estímulo visual. es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la función de las imágenes).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	ADECUADO	INADECUADO
	✓	

PRUEBA # 4 FORIA VERTICAL (es una desviación latente de Los ejes visuales que tan solo se manifiestan en ausencia del estímulo visual. Es el estado definido por la posición de giro de los ojos en visión binocular en el que se rompe la función de las imágenes).

1 2 3 4 5 6 7	ADECUADO	INADECUADO
	✓	

PRUEBA # 5 PERCEPCION DE COLOR

A 12 ✓	B 5 ✓	C 26 ✓	D 6 ✓	E 16 ✓	F (NADA) ✓	ADECUADO	INADECUADO
Inadecuado(1-4)	Aceptable(5-7)	adecuado (8)				✓	

PRUEBA # 6 BALANCE MUSCULAR

VISION LEJANA		RESULTADO	
		ADECUADO	INADECUADO
A 0 B		✓	
VISION PROXIMA		RESULTADO	
		ADECUADO	INADECUADO
A 0 B		✓	

VISION DEL COLOR: Normal ✓ Anormal

REMITIDO A OPTOMETRÍA SI NO ✓

RESPONSABLE TAMIZAJE VISUAL Auxiliar: baby puola llanta

OBSERVACIONES:

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cauca

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido Veilis Ramos Galindo
Identificación: 46 69268



Cruz Roja Colombiana
Seccional Cauca

Cel: 311 733 3333

Dir: Cra. 6 No. 5N-33 B/Bolivar

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Lote N°	Firma y sello
Hepatitis A	1a.			
	2a.			
Hepatitis B	1a.	17-7-24	2205012230	
	2a.	17-8-24		
	3a.			
Influenza	1a.			
	2a.			
Varicela	1a.			
	2a.			
MMR	1a.			

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Lote N°	Firma y sello
Fiebre Amarilla	1a.			
	2a.			
Tétano	1a.			
	2a.			
	3a.			
	4a.			
Otras	5a.			



LABORATORIO LORENA VEJARANO SAS. NIT: 900435146-9
Sede Procesamiento: Calle 25G # 85B-89. Bogotá
Sede ingreso: Calle 5 No. 10-50 Barrio Centro Popayán
Desde tu celular: 6028353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

Nombre	: VEILIS RAMOS GALINDO	Referencia	: 11044415
Documento	: 4669268	Edad/Sexo	: 44 / M
Remite	: NA	Fecha de Nacimiento	: 24/05/1980
Empresa	: PARTICULARES	Fecha de Ingreso	: 2024-07-18 07:01:12
Dirección	: CARRERA 17 15A 41 LA LADERA	Fecha Toma	:
Telefono	: 3163154164	Fecha Impresión	: 2024-07-18 11:40:51.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLÓGICO DE REFERENCIA
----------	-----------	----------	-----------------------------------

QUIMICA

GLICEMIA

Resultado:

87 mg/dl

Recien nacidos: 30 - 60 mg/dl
Recien nacidos 1 día: 40 - 60 mg/dl
Recien nacidos >1 día: 50 - 80 mg/dl
Niños: 60-100 mg/dl
Adultos: 70-105 mg/dl
> de 60 años: 80-115 mg/dl
> de 70 años: 83-110 mg/dl

Técnica : Colorimétrica

Fecha/Hora Validación: 18/07/2024 11:40:16 a. m.
Tipo de Muestra: Suero


VIVIANA NÚÑEZ DÍAZ
BACTERIÓLOGA T.P: 1317

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Sr./Sra. VEILIS RAMOS GALINDO 2024-07-18 07:01:12 Página 1 de 1



Para verificar este documento, escanee el código QR o ingrese a la siguiente URL, desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 11044415

URL : <https://bit.ly/45LoVMY>